

ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΑΘΗΝΑ 20 ΜΑΪΟΥ 1988	ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΥΛΛΟΥ 97

ΠΡΟΕΔΡΙΚΑ ΔΙΑΤΑΓΜΑΤΑ

ΠΡΟΕΔΡΙΚΟ ΔΙΑΤΑΓΜΑ ΑΡΙΘ. 225

Τροποποίηση του από 4-5/8.6.1955 Β. Δ/τος «Περί οργανώσεως λειτουργίας του Κλάδου Ασθενείας του Ταμείου Ασφαλίσεως Προσωπικού Εμπορικής Τραπέζης της Ελλάδος» (ΦΕΚ 146Α').

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις της παρ. 7 του άρθρου 6 του Ν.Δ. 3083/1954 (ΦΕΚ 247/τ.Α'/11.10.54) «περί τροποποιήσεως της περί διοικήσεως του ΙΚΑ Νομοθεσίας και θεσπίσεως ασφαλιστικών και άλλων τινών διατάξεων».

2. Τις διατάξεις των άρθρων 23, 24 παρ. 2 εδάφ. γ' και 27 παρ. 1 εδάφ. δ' του Ν. 1558/1985 (ΦΕΚ 137/τ.Α'/26.7.85) «Κυβέρνηση και Κυβερνητικά όργανα».

3. Τις διατάξεις της παρ. 2 του άρθρου 113 του Π.Δ. 544/1977 (ΦΕΚ 178/τ.Α'/25.6.77), όπως τροποποιήθηκε με την παρ. 1 του άρθρου 2 του Ν. 728/1977 (ΦΕΚ 316/τ.Α'/15.10.1977).

4. Τις διατάξεις της 1358/2.10.87 απόφασης του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων «Ανάθεση αρμοδιοτήτων στους Υφυπουργούς Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων» (ΦΕΚ 535/5.10.87 τ.Β').

5. Τη γνώμη του Διοικητικού Συμβουλίου του Ταμείου Ασφαλίσεως Προσωπικού Εμπορικής Τραπέζης της Ελλάδος, που διατυπώθηκε στις 7/18.10.85, 23/19.5.86, 29/27.8.86, 46/30.3.87, 47/31.3.87 και 52/2.6.87 συνεδριάσεις του.

6. Τη γνώμη του Συμβουλίου Κοινωνικής Ασφάλειας, που διατυπώθηκε στις 33η/12.11.86, 34η/19.11.86, 35η/26.11.86, 36η/3.12.86, 37η/10.12.86 και 57η/1.7.87 συνεδριάσεις αυτού της ΚΔ' περιόδου.

7. Την 84/1988 γνωμοδότηση του Συμβουλίου της Επικρατείας, με πρόταση του Υφυπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, αποφασίζουμε:

Τροποποιούνται οι ακόλουθες διατάξεις του από 4-5/8.6.1955 Β. Δ/τος:

Άρθρο 1

Το άρθρο 3, όπως η παρ. 1 αυτού τροποποιήθηκε με το άρθρ. 1 του από 11.12.1956/19.1.1957 Β. Δ/τος (ΦΕΚ 7Α') αντικαθίσταται ως εξής:

«ΑΡΘΡΟ 3

ΑΣΦΑΛΙΣΤΕΑ ΠΡΟΣΩΠΑ

Στην ασφάλιση του Κλάδου Ασθένειας του Ταμείου υπάγονται:

α) Τα πρόσωπα που υπάγονται στον Κλάδο Πρόνοιας αυτού.

β) Όσοι γίνονται συνταξιούχοι του Ταμείου Επικουρικής Ασφάλισης Προσωπικού Εμπορικής Τράπεζας της Ελλάδος (ΤΕΑΠΕΤΕ).

γ) Οι συνταξιούχοι του ΤΕΑΠΕΤΕ λόγω θανάτου εφόσον το πρόσωπο από το οποίο αντλούν το ασφαλιστικό τους δικαίωμα υπάγεται στις πιο πάνω κατηγορίες.

δ) Τα μέλη οικογένειας των προσώπων που αναφέρονται στα εδάφια α και β, όπως αυτά ορίζονται στο επόμενο άρθρο, εφόσον δεν καλύπτονται από δικό τους δικαίωμα για παροχές ασθένειας, από άλλο ασφαλιστικό οργανισμό».

Άρθρο 2

Οι περ. α και γ της παρ. 1 και η παρ. 4 του άρθρου 4 όπως τροποποιήθηκαν με το Β.Δ. 286/66 (ΦΕΚ 77/66 τ.Α') τροποποιούνται ως εξής:

«α) η σύζυγος ή ο σύζυγος.

γ) Η μητέρα και ο πατέρας καθώς και οι θετοί γονείς με τις ίδιες προϋποθέσεις που ασφαλίζονται και οι φυσικοί».

«4. Οι άμεσα ασφαλισμένοι και συνταξιούχοι του Ταμείου μπορούν, εφόσον υπάγονται συγχρόνως από δικό τους δικαίωμα και στην ασφάλιση άλλου ασφαλιστικού οργανισμού, για τον Κλάδο Υγείας, να ζητήσουν τη διαγραφή τους από τον Κλάδο Ασθένειας του ΤΕΑΠΕΤΕ.

Στην περίπτωση αυτή η διαγραφή από τον Κλάδο Ασθένειας του Ταμείου γίνεται ύστερα από αίτηση του δικαιούχου και μπορεί να μεταβάλλεται αλλά πάντοτε ύστερα από την παρέλευση τουλάχιστον δύο (2) ετών από την προηγούμενη διαγραφή. Η υποχρεωτική καταβολή των εισφορών διακόπτεται από την πρώτη του επόμενου μήνα μετά την υποβολή της αίτησης για διαγραφή».

Άρθρο 3

1. Οι διατάξεις του πρώτου εδαφίου της παρ. 2 του άρθρου 5, όπως τροποποιήθηκε με τα Β. Δ/τα 242/61 (ΦΕΚ 74/61 τ.Α') και 275/73 (ΦΕΚ 81/73 τ.Α') αντικαθίστανται ως εξής:

«2. Η εισφορά της περίπτωσης γ' της παρ. 1 παρακρατείται από το ΤΕΑΠΕΤΕ, κατά την καταβολή της χορηγούμενης απ' αυτό σύνταξης και αποδίδεται στον Κλάδο Ασθένειας στο τέλος κάθε εξαμήνου».

2. Στο τέλος της παρ. 3 του άρθρου 5, όπως τροποποιήθηκε με το Β.Δ. 242/61 (ΦΕΚ 74/61 τ.Α') προστίθεται εδάφιο που έχει ως εξής:

«Οι ασφαλισμένοι συνταξιούχοι του Ταμείου που δεν συνταξιοδοτούνται από οργανισμό κύριας ασφάλισης, έχουν υποχρέωση επίσης να καταθέτουν κάθε εξάμηνο υπεύθυνη δήλωσή τους για το αν απασχολούνται ή όχι σε δική τους ή εξαρτημένη εργασία. Στην περίπτωση αυτή συντάσσεται η υπεύθυνη δήλωση που καθορίζεται από το άρθρο 8 του Ν. 1599/1986 (ΦΕΚ 75Α') και εφόσον δεν έχει καθορισθεί ακόμη ο τύπος αυτός χρησιμοποιείται η υπεύθυνη δήλωση του Ν.Δ. 105/1969».

Άρθρο 4

Το άρθρ. 11, του οποίου η παρ. 1 αντικαταστάθηκε με το Β.Δ. 611/1966 (ΦΕΚ 142Α') και η παρ. 2 τροποποιήθηκε με το από 30-3/17.4.1958 Β.Δ. (ΦΕΚ 53Α') και το Π.Δ. 1014/1977 (ΦΕΚ 342Α') αντικαθίσταται ως εξής:

«ΑΡΘΡΟ 11

ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΝΤΙΛΗΨΗ

1. Η ιατρική αντίληψη περιλαμβάνει τη χρησιμοποίηση των κατάλληλων για τη διάγνωση και θεραπεία των ασθενών ιατρικών και βοηθητικών φροντίδων και τις απαραίτητες παρακλινικές εξετάσεις και παρέχεται σε όση έκταση δικαιολογεί η σοβαρότητα κάθε περίπτωσης και επιτρέπουν τα επιστημονικά και τεχνικά μέσα που υπάρχουν στη χώρα.

Η ιατρική αντίληψη πρέπει να είναι επαρκής και σκόπιμη χωρίς όμως να ξεπερνάει το αναγκαίο μέτρο.

Βοηθητικές φροντίδες που περιλαμβάνονται στην ιατρική αντίληψη μπορεί να παρέχονται και από βοηθητικά υγειονομικά όργανα (νοσοκόμες, μαλάκτες), εφόσον αυτό επιτρέπεται από την ιατρική δεοντολογία.

Σε βαριά περιστατικά νοσηλείας ασφαλισμένων σε Νοσοκομεία ή κλινικές για τα οποία απαιτούνται ιδιαίτερες φροντίδες είναι δυνατή, μετά από γνωμάτευση – έγκριση του Αρχίατρου, η καταβολή δαπάνης για τη χρησιμοποίηση αποκλειστικής αδελφής νοσοκόμας κατά τη διάρκεια της νύχτας (10 μ.μ. μέχρι 6 π.μ. της επόμενης μέρας), η οποία δεν μπορεί να υπερβεί το ποσό που καθορίζεται κάθε φορά από το Υπουργείο Εργασίας.

Η έγκριση του Αρχίατρου πρέπει απαραίτητα να δίνεται από πριν και πάντως εντός τριών εργασίμων ημερών από τη χρησιμοποίηση αποκλειστικής αδελφής νοσοκόμας.

Χρησιμοποίηση αποκλειστικής αδελφής νοσοκόμας δεν δικαιολογείται στα χρόνια περιστατικά καθώς και στα περιστατικά νοσηλείας στο σπίτι.

2. Στην ιατρική αντίληψη περιλαμβάνεται και η παροχή οδοντιατρικών φροντίδων, όπως παρακάτω:

α) Η εξαγωγή δοντιών.

β) Η θεραπεία και σφράγιση δοντιών.

γ) Η θεραπεία και το άνοιγμα αποστημάτων.

δ) Η θεραπεία ουλίτιδων, στοματίτιδων και άλλων ασθενειών του στόματος, των ούλων και των δοντιών.

ε) Η απομάκρυνση τρυγίας και γενικά το καθάρισμα των δοντιών.

Οι ασφαλισμένοι, οι συνταξιούχοι ασφαλισμένοι και τα μέλη της οικογένειάς τους δικαιούνται μία γενική εξέταση των δοντιών τους, κάθε χρόνο.

Στις οδοντιατρικές φροντίδες περιλαμβάνονται και τα απαραίτητα αναισθησιακά φάρμακα.

στ) Η χορήγηση οδοντικών προθέσεων κύριων και βοηθητικών που είναι απαραίτητες για την ανάκτηση ή διατήρηση της υγείας της στοματικής κοιλότητας των ασφαλισμένων.

Η επιδιόρθωση ή αντικατάσταση οδοντικών προθέσεων που η φθορά τους είναι συνέπεια κανονικής χρήσης, μπορεί να ζητηθεί μόνο ύστερα από πέντε χρόνια από την οριστική παράδοσή τους, η οποία αποδεικνύεται με βεβαίωση του σχετικού οδοντογιατρού. Προθέσεις που χάθηκαν ή καταστράφηκαν εξαιτίας αντικανονικής χρήσης δεν αντικαθίστανται από το Ταμείο.

Η χρησιμοποίηση χρυσού, πλατίνας ή άλλων πολύτιμων μετάλλων ή κραμάτων μετάλλων, βιολογικά ανεκτών, ολοκλήρων χυτών ή με όψη ακρυλική, για το σφράγισμα δοντιών ή για οδοντικές προθέσεις δεν επιβαρύνει το Ταμείο αλλά τον ασφαλισμένο.

Στις περιπτώσεις αυτές το Ταμείο καταβάλλει μόνο την αμοιβή για την εργασία του οδοντογιατρού η οποία ορίζεται από το Προεδρικό Διάταγμα σχετικά με τον Κανονισμό αμοιβών οδοντιατρικών πράξεων.

ζ) Η ορθοδοντική περίθαλψη παρέχεται ύστερα από έγκριση του ελεγκτή οδοντογιατρού.

Το Ταμείο συμμετέχει στη σχετική δαπάνη με ποσοστό 70% το οποίο όμως δεν μπορεί να υπερβαίνει το 70πλάσιο του ημερομισθίου ανειδίκευτου εργάτη, όπως αυτό διαμορφώνεται στην αρχή κάθε χρόνου.

3. Η ιατρική περίθαλψη επεκτείνεται και σε ακτινοθεραπείες, τεχνητές υπεριώδεις ακτίνες, θεραπείες με γαλβανικό και παροδικό ρεύμα θερμού αέρα, ηλεκτρόλουτρα, φωτοθεραπείες, φωτόλουτρα και γενικά σε κάθε φύσης μηχανικές εξετάσεις και θεραπείες ή άλλες ειδικές θεραπείες παραδεκτές επιστημονικά».

Άρθρο 5

Οι διατάξεις του άρθρου 12 αντικαθίστανται ως εξής:

«ΑΡΘΡΟ 12

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΝΤΙΛΗΨΗΣ

1. Η ιατρική αντίληψη παρέχεται από γιατρούς (με ειδικότητα ή χωρίς ειδικότητα) οι οποίοι, με αίτησή τους, ζητούν να συνεργαστούν με το Ταμείο δηλώνοντας ότι δέχονται να αμείβονται με το κρατικό τιμολόγιο που ισχύει κάθε φορά.

2. Η ιατρική αντίληψη παρέχεται στο ιατρείο του θεράποντος γιατρού εκτός αν η κατάσταση του ασθενή δεν επιτρέπει τη μετάβασή του εκεί, οπότε μπορεί να καλέσει το γιατρό στο σπίτι του.

Όταν ο θεράπων γιατρός κρίνει ότι υπάρχει ανάγκη να γίνει κάποια παρακλινική εξέταση ή εξέταση από ειδικό γιατρό, εκδίδει σχετικό παραπεμπτικό, ο τύπος του οποίου ορίζεται με απόφαση του Δ.Σ. του Ταμείου.

Έκδοση παραπεμπτικού, σύμφωνα με το προηγούμενο εδάφιο, χρειάζεται μόνο για τους κλάδους μικροβιολογίας, βιοχημείας, ακτινολογίας, ακτινοθεραπείας – φυσικοθεραπευτικής ή για κλάδους που ορίζονται με απόφαση του Δ.Σ. για την εκτέλεση των οποίων απαιτείται και σχετική έγκριση του Αρχίατρου ή του Ελεγκτή γιατρού.

Γιατροί ειδικοτήτων, εκτός των παραπάνω κλάδων, εκδίδουν παραπεμπτικό για εξέταση ή νοσηλεία ή εκτέλεση παρακλινικής εξέτασης του ασθενή που παραπέμφθηκε σ' αυτούς από γιατρό άλλης ειδικότητας. Με τους ίδιους όρους, ο ειδικός γιατρός εκδίδει βεβαιώσεις παθήσεων και παραπεμπτικά για χρησιμοποίηση υπηρεσιών δευτερευόντων υγειονομικών οργάνων και θεραπειών (φυσικοθεραπείες, λουτροθεραπείες, αεροθεραπείες) που χορηγούνται ύστερα από έγκριση του Αρχίατρου ή του ελεγκτή γιατρού.

3. Οδοιπορικά έξοδα για μετάβαση στο ιατρείο του θεράποντος γιατρού ή για το κάλεσμά του δεν χορηγούνται. Τέτοια έξοδα χορηγούνται μόνο σε ιδιαίτερα εξαιρετικές περιπτώσεις που η κατάσταση του ασθενή δεν του επιτρέπει, σύμφωνα με βεβαίωση του θεράποντος γιατρού, να περπατήσει ή να χρησιμοποιήσει κοινό μεταφορικό μέσο. Σε καμία πάντως περίπτωση δεν χορηγούνται οδοιπορικά έξοδα για τη χρησιμοποίηση κοινών μεταφορικών μέσων.

4. Οι ασφαλισμένοι και συνταξιούχοι και τα μέλη της οικογένειάς τους, που ορίζονται στο άρθρο 4, έχουν υποχρέωση να χρησιμοποιούν πρώτο το γιατρό που έχει δεχτεί τους όρους συνεργασίας με το Ταμείο.

Η προσφυγή σε γιατρούς που δεν έχουν δεχτεί τους όρους συνεργασίας με το ταμείο είναι δυνατή με την προϋπόθεση ότι μέσα σε δέκα (10) μέρες από την εξέταση θα προσκομίζονται στην Υπηρεσία του Ταμείου τα σχετικά δικαιολογητικά (αποδείξεις κ.λπ.) για να γίνει εύκολα ο τελικός έλεγχος και η εκκαθάρισή τους.

Επισκέψεις σε γιατρούς ειδικότητας χωρίς παραπεμπτικό, επιτρέπονται μέχρι τρεις το πολύ για την ίδια ασθένεια κατά μήνα. Για περισσότερες από τρεις επισκέψεις χρειάζεται έγκριση του Ελεγκτή γιατρού. Για κάθε μία από τις παραπάνω επισκέψεις, πέρα απ' την υποχρεωτική καταχώρισή τους στο βιβλιάριο ασθένειας του ασφαλισμένου, πρέπει να συμπληρώνεται και φύλλο απ' το ειδικό στέλεχος επισκέψεων, ο τύπος του οποίου καθορίζεται με απόφαση του Δ.Σ.

5. Επισκέψεις σε παθολόγο, περισσότερες από τέσσερις το μήνα για την ίδια ασθένεια, πρέπει προηγούμενα να έχουν εγκριθεί από τον Ελεγκτή γιατρό.

6. Η αμοιβή των γιατρών καταβάλλεται στο τέλος κάθε μήνα με την προσκόμιση κατάστασης των επισκέψεων που πραγματοποίησαν και που πρέπει να την έχουν συντάξει σύμφωνα με υπόδειγμα, ο τύπος του οποίου καθορίζεται με απόφαση του Δ.Σ. του Ταμείου.

Απαγορεύεται απόλυτα σε γιατρό να ζητήσει ή να δεχτεί αμοιβή, ή να εισπράξει έξοδα αυτοκινήτου και γενικά όποια άλλη πρόσθετη αμοιβή, απ' τον ασθενή ή από τρίτο πρόσωπο για λογαριασμό του ασθενή.

7. Το Δ.Σ. του Ταμείου έχει τη δυνατότητα να συμβάλλεται με Ασφαλιστικούς οργανισμούς που ασκούν ασφάλιση κατά κινδύνων ασθένειας, για να παρέχουν, με τις υγειονομικές εγκαταστάσεις τους και τα υγειονομικά τους όργανα, τις υπηρεσίες τους στους ασφαλισμένους του Κλάδου, για λογαριασμό του Ταμείου».

Άρθρο 6

Οι διατάξεις του άρθρου 14, όπως τροποποιήθηκαν με το Β.Δ. 157/60 (ΦΕΚ 34/24.3.60 τ.Α') αντικαθίστανται ως εξής:

«ΑΡΘΡΟ 14

ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ

1. Ο ασφαλισμένος έχει υποχρέωση να συμμορφώνεται, με ακρίβεια, με αυτά που ορίζουν οι καταστατικές διατάξεις και με τις αποφάσεις που παίρνει το Δ.Σ. του Ταμείου για την εκτέλεσή τους.

Σε περίπτωση που μεταβληθούν οι προϋποθέσεις υπαγωγής στην ασφάλιση του άμεσα ασφαλισμένου ή προστατευόμενου μέλους της οικογένειάς του με συνέπεια την απασφάλιση του ίδιου ή εκείνων που έχουν το σχετικό ασφαλιστικό δικαίωμα απ' αυτόν, ο ασφαλισμένος έχει υπο-

χρέωση να ειδοποιεί, με συστημένη επιστολή του, την υπηρεσία μητρώου του Ταμείου για την παραπάνω μεταβολή.

Σε περίπτωση που ασφαλισμένος δεν συμμορφωθεί προς τα παραπάνω και ιδιαίτερα με αυτά που ορίζονται στο προηγούμενο εδάφιο, του επιβάλλεται, με απόφαση του Δ.Σ., στέρηση κάθε ασφαλιστικής παροχής για χρονικό διάστημα μέχρι έξι μήνες και του καταλογίζεται κάθε οικονομική επιβάρυνση του Ταμείου που είναι συνέπεια της παράβασής του αυτής.

Το Δ.Σ. έχει τη δυνατότητα να αναστείλει την απόφασή του για στέρηση ασφαλιστικών παροχών σε ιδιαίτερα εξαιρετικές ή επείγουσες περιπτώσεις. Το επείγον ή εξαιρετικό των περιπτώσεων κρίνεται από το Διευθυντή του Ταμείου και εγκρίνεται στη συνέχεια από το Δ.Σ.

2. Ο ασθενής οφείλει να επιτρέπει την είσοδο στο σπίτι του από τις 9 το πρωί μέχρι τις 8 το βράδυ στα όργανα που έχουν εντολή να ελέγχουν τους ασθενείς για να διαπιστώνουν το είδος και την έκταση της θεραπείας που ακολουθείται, να απαντάει πρόθυμα στις ερωτήσεις που, για τους σκοπούς του Ταμείου, του κάνουν και να δέχεται την εξέτασή του από τους γιατρούς».

Άρθρο 7

Οι διατάξεις του άρθρου 15 αντικαθίστανται ως εξής:

«ΑΡΘΡΟ 15

ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΛΗΨΗ

1. Το Ταμείο καταβάλλει βοήθημα, σε περίπτωση φυσιολογικού τοκετού, το οποίο ορίζεται με απόφαση του Δ.Σ. αυτού και δεν μπορεί όμως σε καμιά περίπτωση να είναι ανώτερο εκείνου που καταβάλλει το ΙΚΑ κάθε.φορά προσαυξημένο κατά 25%.

Με απόφαση του Δ.Σ. ορίζονται τα απαιτούμενα για την καταβολή δικαιολογητικά.

2. Εάν η ασφαλισμένη καλύπτεται για τους κινδύνους ασθένειας και από άλλο ασφαλιστικό οργανισμό, εισπράττει το ποσό (παροχή), που προβλέπεται για τοκετό, από τον οργανισμό αυτό και ύστερα προσκομίζει σχετικό σημείωμα του τελευταίου και εισπράττει από το ΤΑΠΕΤΕ το ποσό της ενδεχόμενης διαφοράς.

3. Σε περίπτωση τοκετού που εξελίσσεται ανώμαλα, καταβάλλονται νοσήλεια για περίθαλψη σε νοσηλευτήριο σύμφωνα με τις σχετικές διατάξεις του καταστατικού αυτού. Εάν το ύφος του ποσού για τα νοσήλεια είναι μικρότερο από το ποσό του βοηθήματος τοκετού, τότε καταβάλλεται το βοήθημα.

4. Σε περίπτωση πολύδυμου τοκετού το ποσό του παραπάνω επιδόματος προσαυξάνεται κατά 50%».

Άρθρο 8

Οι διατάξεις του άρθρου 16 αντικαθίστανται ως εξής:

«ΑΡΘΡΟ 16

ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΜΕΣΑ

1. Το Ταμείο χορηγεί στους ασφαλισμένους και συνταξιούχους καθώς και στα μέλη της οικογένειάς τους, όπως αυτά ορίζονται στο άρθρο 4 του παρόντος, όλα τα αναγκαία, για την αποκατάσταση της υγείας τους ή για την ανακούφισή τους απ' τη νοσηρή κατάσταση, φάρμακα – από κείνα που περιλαμβάνονται στην ισχύουσα επίσημη ελληνική φαρμακολογία – και λοιπά θεραπευτικά μέσα, όπως και τις αναγκαίες, για τη διάγνωση και αντιμετώπιση των ασθενειών, ουσίες και ιδιοσκευάσματα.

Σε ιδιαίτερα εξαιρετικές περιπτώσεις, μπορεί ο ασφαλισμένος να προμηθεύεται φάρμακα από κείνα που κυκλοφορούν νόμιμα στο εξωτερικό, εφόσον όμως προσκομίσει βεβαίωση από τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων (ΕΟΦ) ότι το φάρμακο δεν κυκλοφορεί στην Ελλάδα. Στην περίπτωση αυτή χρειάζεται έγκριση της Υγειονομικής Επιτροπής και σε περίπτωση κατεπείγουσας ανάγκης, προέγκριση του Αρχίατρου, η δε δαπάνη καταβάλλεται με την προσκόμιση των σχετικών δικαιολογητικών που πρέπει να είναι κανονικά θεωρημένα από τις αρμόδιες ελληνικές προξενικές Αρχές ή από τις τοπικές αρμόδιες Υπηρεσίες (Αστυνομία, Τελωνείο κ.λπ.).

2. Τα φάρμακα χορηγούνται για λογαριασμό του Ταμείου μόνο με συνταγή από ομοιόμορφο συνταγολόγιο, ο τύπος του οποίου καθορίζεται με απόφαση του Δ.Σ.

Για τη χορήγηση του φαρμάκου από το Ταμείο, η συνταγή θα πρέπει να εκδοθεί από γιατρό της σχετικής με την πάθηση ειδικότητας.

Σε περίπτωση έκδοσης της συνταγής από γιατρό που δεν έχει τη σχετική με την πάθηση ειδικότητα αυτή θα εκτελεσθεί μόνον εφόσον δοθεί έγκριση από τον Αρχίατρο του Ταμείου.

3. Κάθε συνταγή εκτελείται μόνο μια φορά. Παραγγελία να ξαναεκτελεστεί, απαγορεύεται.

Σε περίπτωση που η πάθηση επιβάλλει συνεχή λήψη του ίδιου φαρμάκου, το Ταμείο χορηγεί στον ασφαλισμένο ειδική επαναλαμβανόμενη συνταγή, ύστερα από γνωμάτευση του θεράποντος γιατρού και έγκριση του Αρχίατρου.

Η επαναλαμβανόμενη συνταγή θα πρέπει να καλύπτει για κάθε εκτέλεση, θεραπεία 1–2 μήνες και μέχρι τρεις (3) εκτελέσεις συνολικής διάρκειας φαρμακευτικής θεραπείας 6 μηνών.

Ο τύπος της επαναλαμβανόμενης συνταγής καθορίζεται με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου.

4. Η συνταγή πρέπει να παρουσιάζεται για εκτέλεση μέσα σε πέντε μέρες από την ημερομηνία που σημείωσε ο γιατρός που την έκδωσε.

5. Το Δ.Σ. έχει τη δυνατότητα με απόφασή του να ορίζει ότι ορισμένες συνταγές πρέπει να θεωρούνται πριν από την εκτέλεσή τους από τον Αρχίατρο ή τον ελεγκτή γιατρό του Ταμείου.

6. Οδοιπορικά έξοδα μετάβασης σε φαρμακείο για εκτέλεση συνταγής δεν χορηγούνται.

7. Στη συνταγή γράφεται από τον παραγγέλλοντα γιατρό το ονοματεπώνυμο, η διεύθυνση και ο αριθμός μητρώου του ασφαλισμένου, εάν δε η συνταγή αφορά μέλος της οικογένειάς του γράφεται και η συγγενική σχέση αυτού με τον άμεσα ασφαλισμένο.

8. Συνταγές πάνω στις οποίες υπάρχουν μεταβολές (π.χ. διορθώσεις, ξυσίματα), δεν αναγνωρίζονται από το Ταμείο και δεν καταβάλλεται το αντίτιμό τους.

9. Ο φαρμακοποιός οφείλει να αρνηθεί να εκτελέσει συνταγή για λογαριασμό του Ταμείου, που παρουσιάζεται μετά από πέντε μέρες από την έκδοσή της».

Άρθρο 9

Οι διατάξεις της παρ. 1 του άρθρου 17 τροποποιούνται ως εξής:

1. Φάρμακα και λοιπά θεραπευτικά μέσα, ουσίες και ιδιοσκευάσματα είναι δυνατό να χορηγούνται σύμφωνα με τα όσα ορίζει σχετική απόφαση του Δ.Σ. με έναν από τους παρακάτω τρόπους:

Α. Με εκτέλεση συνταγής απευθείας από τον ενδιαφερόμενο σε φαρμακείο της απόλυτης εκλογής του και με καταβολή της αξίας της.

Η αξία αποδίδεται στον ασφαλισμένο από το Ταμείο με την προσκόμιση της απόδειξης για τη δαπάνη των φαρμάκων και της συνταγής του γιατρού στην οποία πρέπει α) να είναι επικολλημένα τα κουπόνια της αξίας των φαρμάκων β) να αναγράφεται η λέξη «εκτελέστηκε» και η ημερομηνία εκτέλεσής της γ) να υπάρχει η σφραγίδα του φαρμακείου.

Β. Με εκτέλεση των συνταγών μόνο σε φαρμακεία που έχουν σύμβαση με το Ταμείο. Στην περίπτωση αυτή οι όροι πληρωμής της αξίας των συνταγών καθορίζονται με τις σχετικές συμβάσεις που υπογράφονται από το Ταμείο και τα συμβαλλόμενα φαρμακεία. Στις συμβάσεις αυτές καθορίζονται επίσης ο τρόπος πληρωμής της συμμετοχής των ασφαλισμένων στην αξία των φαρμάκων καθώς και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια.

Άρθρο 10

Οι διατάξεις του άρθρου 18, όπως τροποποιήθηκαν με τα Β.Δ/τα 355/68 (ΦΕΚ 116 τ. Α) και 126/69 (ΦΕΚ 32 τ.Α) αντικαθίστανται ως εξής:

«ΑΡΘΡΟ 18

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Α. ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟ

1. Η νοσοκομειακή περίθαλψη περιλαμβάνει τη νοσηλεία του πάσχοντα σε θεραπευτήριο, η οποία γίνεται ύστερα από εισήγηση του θεράποντος γιατρού και με την έγκριση του Αρχίατρου ή του ελεγκτή γιατρού του Ταμείου.

2. Η νοσοκομειακή περίθαλψη παρέχεται στην Α' θέση κρατικών νοσοκομείων και θεραπευτηρίων ή ιδιωτικών κλινικών οι οποίες όμως έχουν εγκριθεί με τη διαδικασία που προβλέπεται από την παρ. 2 του άρθρου 5 του Ν. 1397/83. Η τελική επιλογή ανήκει στον ασθενή.

Σε περίπτωση νοσηλείας του ασθενή σε θεραπευτήριο που δεν έχει συμβληθεί με το Ταμείο, το Ταμείο καταβάλλει τη δαπάνη που προβλέπεται από το Κρατικό Τιμολόγιο για Α' θέση σε Κρατικό Θεραπευτήριο, εφόσον όμως το περιστατικό κριθεί από την Υγειονομική Υπηρεσία του Ταμείου ως επείγον.

Αν η νοσηλεία σε Α' θέση δεν είναι αντικειμενικά δυνατή τότε ο ασθενής νοσηλεύεται σε οποιαδήποτε άλλη θέση (Βα', Ββ' και Γ') ύστερα όμως από έγγραφη δήλωση του ίδιου ή σε αδυναμία του, του προσώπου που τον συνοδεύει, οπότε καταβάλλονται νοσήλεια της θέσης που νοσηλεύθηκε.

3. Τα νοσήλεια καθορίζονται ανάλογα με τα τιμολόγια που ισχύουν για τα νοσηλευτικά ιδρύματα του Δημοσίου.

4. Τα έξοδα μεταφοράς του πάσχοντα στο θεραπευτήριο με ασθενοφόρο αυτοκίνητο, εφόσον υπάρχει ανάγκη γι' αυτό, βαρύνουν το Ταμείο το οποίο τα καταβάλλει στο δικαιούχο με την προσκόμιση της σχετικής απόδειξης πληρωμής.

5. Στο εισιτήριο που χορηγεί το Ταμείο, πρέπει να σημειώνεται και το θεραπευτήριο στο οποίο θα εισαχθεί ο ασθενής. Το εισιτήριο που δεν θα χρησιμοποιηθεί μέσα σε πέντε μέρες από την έκδοσή του είναι άκυρο εκτός και αν γραφεί σ' αυτό ότι κατά την ημερομηνία προσέλευσης στο θεραπευτήριο δεν υπήρχε κενή θέση.

6. Η έγκριση για την εισαγωγή σε θεραπευτήριο ζητείται από πριν, κατ' εξαίρεση δε ύστερα απ' αυτή και πάντως μέσα σε δύο εργάσιμες μέρες από την επόμενη της εισαγωγής, μόνο εφόσον πρόκειται για επείγουσες περιπτώσεις που η άμεση νοσοκομειακή περίθαλψη επιβάλλεται από την κατάσταση του ασθενή και η αναβολή της είναι επικίνδυνη. Σε περίπτωση εκπρόθεσμης αναγγελίας, το Ταμείο βαρύνεται με τη δαπάνη για τη νοσηλεία από τη μέρα που έγινε η αναγγελία της εισαγωγής του ασθενή σε νοσηλευτήριο, εκτός αν πρόκειται για εισαγωγή σε νοσοκομείο του Δημοσίου ή σε Ιδρύματα με κοινωφελή χαρακτήρα, οπότε αναγνωρίζεται η δαπάνη απ' τη μέρα της εισαγωγής.

7. Η έγκριση που δίδεται από το Ταμείο για νοσηλεία ασθενή σε νοσηλευτήριο ισχύει σε ορισμένο χρόνο που καθορίζεται από τον Αρχίατρο ή τον ελεγκτή γιατρό μετά από γνώμη του θεράποντος γιατρού. Ο χρόνος αυτός μπορεί να παρατείνεται κάθε φορά σύμφωνα με τις πραγματικές ανάγκες του ασθενή.

Β. ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ

1. Εάν η διάγνωση της πάθησης ή η νοσηλεία του ασφαλισμένου, λόγω της σοβαρότητας της πάθησης δεν είναι δυνατή στην Ελλάδα, ο ασθενής μπορεί να νοσηλευτεί σε θεραπευτήριο του εξωτερικού, ύστερα από απόφαση του Δ.Σ. του Ταμείου και σύμφωνη γνώμη της Υγειονομικής Επιτροπής του άρθρου 31 του παρόντος, η οποία αποφασίζει και για την ανάγκη συνοδού όπου αυτό επιβάλλεται από τη σοβαρότητα της πάθησης.

Με τη σχετική απόφαση του Δ.Σ. καθορίζεται το ποσοστό συμμετοχής του Ταμείου στις σχετικές δαπάντες που δεν μπορεί να είναι ανώτερο από το 65% αυτών.

Το ποσό της συμμετοχής του Ταμείου στις παραπάπνω δαπάνες υπολογίζεται πάντα σε δραχμές, με βάση την τιμή του συναλλάγματος που αντιστοιχεί στην ημερομηνία της εφάπαξ καταβολής των τμηματικών καταβολών των εξόδων για νοσήλεια, υπό τον όρο ότι έγιναν μέσα σε χρονικό διάστημα όχι μεγαλύτερο των ενενήντα (90) ημερών από την έξοδο του ασθενή απ' το θεραπευτήριο.

Στις περιπτώσεις που πραγματοποιήθηκε καταβολή ή προκαταβολή έναντι, των δαπανών νοσηλείας, πριν από την είσοδο του ασθενή στο θεραπευτήριο, λαμβάνεται υπόψη η τιμή του συναλλάγματος που αντιστοιχεί στην ημερομηνία της καταβολής ή της προκαταβολής.

Για τη μερική αντιμετώπιση των δαπανών νοσηλείας στο εξωτερικό, το Δ.Σ. έχει τη δυνατότητα, με την παραπάνω απόφασή του, να καθορίζει και ποσό σε δραχμές που θα χορηγείται στον ασθενή σαν προκαταβολή έναντι του ποσοστού της συμμετοχής του Ταμείου και διαφέρει κάθε φορά, ανάλογα με τη συγκεκριμένη περίπτωση.

Για το παραπάνω ποσό το Ταμείο εκδίδει ισόποση επιταγή, σε διαταγή της Τραπέζης της Ελλάδος, προκειμένου η τελευταία να εμβάσει, για λογαριασμό του ασθενή, το αντίστοιχο ποσό συναλλάγματος στο θεραπευτήριο του εξωτερικού.

2. Επίσης είναι δυνατό η περίθαλψη στο εξωτερικό να εγκρίνεται από το Δ.Σ. και μετά την πραγματοποίησή της, όταν η, σύμφωνα με τα παραπάνω, προηγούμενη γνώμη της Υγειονομικής Επιτροπής δεν είναι δυνατή ή γιατί η πάθηση εκδηλώθηκε ξαφνικά, όταν ο ασφαλισμένος εβρίσκετο στο εξωτερικό, ή γιατί τη μεταφορά του ασθενή στο εξωτερικό επέβαλε κατεπείγουσα ανάγκη.

Στην παραπάνω περίπτωση το Δ.Σ. έχει τη δυνατότητα να εγκρίνει ποσό ίσο με τη δαπάνη που θα επιβάρυνε το Ταμείο αν η νοσηλεία γινόταν σε Κρατικό Θεραπευτήριο της Ελλάδας.

3. Η νοσηλεία στο εξωτερικό αποδεικνύεται από βεβαιώσεις του θεραπευτηρίου στο οποίο έγινε, σχετικά με το είδος της ασθένειας και τη διάρκεια της νοσηλείας και από εξοφλητικές αποδείξεις.

Οι παραπάνω βεβαιώσεις και αποδείξεις πρέπει να είναι θεωρημένες από το αρμόδιο Ελληνικό Προξενείο ή όταν δεν υπάρχει τέτοιο από την αρμόδια Αστυνομική ή άλλη Δημόσια Αρχή και να προσκομίζονται στην Υπηρεσία του Ταμείου με επίσημη μετάφραση.

4. Ασφαλισμένοι που πάσχουν από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, στους οποίους επιβάλλεται μεταμόσχευση νεφρού, μπορούν να μεταβούν σε εξειδικευμένο κέντρο του εξωτερικού για νοσηλεία, με απόφαση του Δ.Σ. του Ταμείου, ύστερα από γνώμη της Υγειονομικής Επιτροπής.

Η ανάγκη της μεταμόσχευσης διαπιστώνεται με απόφαση της αρμόδιας Επιτροπής του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Στην παραπάνω περίπτωση το Ταμείο καλύπτει το 100% της δαπάνης νοσηλείας τόσο του ασθενούς όσο και του τυχόν δότη. Κατά τα λοιπά ισχύουν οι σχετικές, με τη νοσηλεία στο εξωτερικό, διατάξεις αυτού του άρθρου.

Άρθρο 11

Οι διατάξεις του άρθρου 19, όπως τροποποιήθηκαν με το Π.Δ. 317/76 (ΦΕΚ 119/76 τ. Α) τροποποιούνται και συμπληρώνονται ως εξής:

«ΑΡΘΡΟ 19

ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΕ ΑΣΥΛΟ

1. Σε περιπτώσεις ψυχοσωματικής αναπηρίας, μόνιμων παραλύσεων, ιδιωτία εκφυλιστικών καταστάσεων και γενικά ανικανότητας μόνιμης ή παροδικής εκ γενετής ή επίκτητης, το Δ.Σ. του Ταμείου έχει τη δυνατότητα, ύστερα από γνώμη της Υγειονομικής Επιτροπής, να εγκρίνει την εισαγωγή του πάσχοντα ασφαλισμένου σε Άσυλο ή Ψυχιατρείο ή άλλο κατάλληλο Ίδρυμα που έχει εγκριθεί από το αρμόδιο Υπουργείο. Με την απόφαση του Δ.Σ. ορίζεται και ο απαιτούμενος χρόνος νοσηλείας.

2. Σε παιδιά ασφαλισμένων, ηλικίας μέχρι δέκα (10) χρόνων συμπληρωμένων που πάσχουν από νοσήματα θώρακα και έχουν ανάγκη περίθαλψης σε κατάλληλο για τα νοσήματα αυτά θεραπευτήριο ή ανάλογο αναρρωτήριο, το Δ.Σ. του Ταμείου έχει τη δυνατότητα, ύστερα από γνώμη της Υγειονομικής Επιτροπής, αντί της περίθαλψης αυτής να εγκρίνει τη χορήγηση ειδικού επιδόματος ιδιαίτερης κλιματοδιαιτητικής αγωγής, το οποίο καταβάλλεται κατά μήνα και για χρονικό διάστημα όχι μεγαλύτερο των δώδεκα μηνών.

Το ύψος του ποσού του επιδόματος καθορίζεται με απόφαση του Δ.Σ. του Ταμείου και δεν μπορεί να είναι ανώτερο από το 15πλάσιο του ημερομισθίου ανειδίκευτου εργάτη, όπως καθορίζεται στην αρχή κάθε χρόνου. Το επίδομα χορηγείται μόνο εφόσον πρόκειται για νοσήματα φυματίωσης και κακοήθους νεοπλασίας και υπό την προϋπόθεση ότι για τις παθήσεις αυτές προηγήθηκε νοσηλεία σε κρατικό θεραπευτήριο που να βεβαιώνεται από το Διευθυντή της Κλινικής και το Διοικητικό Διευθυντή του Θεραπευτηρίου.

3. Σε περιπτώσεις σοβαρών παθήσεων, συνέπεια των οποίων είναι η ανικανότητα του πάσχοντα ασφαλισμένου να εξυπηρετηθεί ο ίδιος στις βασικές ανάγκες του, το Ταμείο παρέχει μηνιαίο επίδομα συμπαράστασης, εφόσον όμως δεν δικαιούται του επιδόματος για την ίδια ασθένεια από άλλη πηγή, το οποίο καθορίζεται με απόφαση του Δ.Σ. και δεν μπορεί να είναι ανώτερο από το 10πλάσιο του ημερομισθίου ανειδίκευτου εργάτη, όπως αυτό καθορίζεται στην αρχή κάθε χρόνου.

Το επίδομα χορηγείται με αιτιολογημένη απόφαση του Δ.Σ. - ύστερα από γνώμη της Υγειονομικής Επιτροπής - με την οποία καθορίζεται το ποσό και η χρονική περίοδος χορήγησής του.

Η χορήγηση των παραπάνω επιδομάτων αναστέλλεται για όσο χρονικό διάστημα οι δικαιούχοι νοσηλεύονται σε θεραπευτήριο, αναρρωτήριο, ίδρυμα, ή άσυλο όχι όμως μικρότερο από δέκα πέντε (15) μέρες.

4. Επίσης το Ταμείο καλύπτει την δαπάνη, για την, σε εκπαιδευτήρια, οικοτροφεία, άσυλα, ιδρύματα, ή οποιουδήποτε χαρακτηρισμού θεραπευτήρια, αγωγή με ειδική εκπαίδευση, ή επιμέλεια ή περίθαλψη των σωματικά ή νοητικά αναπήρων ή δυσπροσαρμόστων παιδιών ασφαλισμένων σύμφωνα με το σχετικό τιμολόγιο για νοσήλεια - τροφεία, που καθορίζεται όπως ορίζουν οι διατάξεις του άρθρου 6 του Ν. 861/79 και του άρθρου 22 του Ν. 997/79».

Άρθρο 12

Οι διατάξεις του άρθρου 20 αντικαθίστανται ως εξής:

«ΑΡΘΡΟ 20

ΠΡΟΣΘΕΤΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Η πρόσθετη περίθαλψη περιλαμβάνει:

α) Την παροχή κάθε είδους προθέσεων και άλλων θεραπευτικών μέσων.

β) Την παροχή λουτροθεραπείας, ποσιθεραπείας και αεροθεραπείας.

γ) Την προληπτική ιατρική».

Άρθρο 13

Οι διατάξεις του άρθρου 21 αντικαθίστανται ως εξής:

«ΑΡΘΡΟ 21

ΠΡΟΘΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΜΕΣΑ

1. Το Ταμείο παρέχει στους ασφαλισμένους, για την αποκατάσταση της υγείας τους ή της επαγγελματικής τους ικανότητας ή για την ανακούφισή τους από νοσηρή κατάσταση, τα αναγκαία για διαρκή χρήση βοηθητικά θεραπευτικά μέσα (κηλεπίδεσμοι, ομφαλεπίδεσμοι, ζώνες, στηθόδεσμοι, ελαστικές περικνημίδες, πέλματα πλατυποδίας, κάθε είδους αναρτήρες, προθέσεις καθώς και τεχνητά μέλη και τεχνητά μάτια, ορθοπεδικές συσκευές γενικά ακουστικά μηχανήματα).

2. Το Ταμείο χορηγεί επίσης στους ασφαλισμένους, για τους ίδιους παραπάνω λόγους, θεραπευτικά μέσα και όργανα προσωρινής χρήσης, όπως συσκευές εισπνοών, ηλεκτρισμών, θερμού αέρα, θερμογόνες συσκευές ή φιάλες.

3. Για όσα από τα παραπάνω είδη φθείρονται, το Ταμείο καταβάλλει τη δαπάνη για την αντικατάσταση ή επιδιόρθωσή τους, ύστερα από απόφαση του Αρχίατρου ο οποίος βεβαιώνει ότι η φθορά είναι συνέπεια κανονικής και για τον ανάλογο χρόνο, χρησιμοποίησης του είδους».

Άρθρο 14

Οι διατάξεις του άρθρου 22 αντικαθίστανται ως εξής:

«ΑΡΘΡΟ 22

ΓΥΑΛΙΑ

1. Το Ταμείο χορηγεί γυαλιά σε εκείνους που τα έχουν ανάγκη, με ιατρική συνταγή που τη θεωρεί ο Αρχίατρος ή ο ελεγκτής γιατρός, με βάση το τιμολόγιο της Ένωσης Ελλήνων Οπτικών που ισχύει κάθε φορά.

2. Το Ταμείο χορηγεί μόνο τους συνηθισμένους φακούς που είναι αναγκαίοι για την αποκατάσταση της όρασης. Χρωματιστοί φακοί ή φακοί PHOTOGREY κ.λπ. δεν χορηγούνται.

3. Για την προμήθεια των σκελετών το Ταμείο χορηγεί ποσό ίσο με το 3πλάσιο του ημερομίσθιου ανειδίκευτου εργάτη, όπως ισχύει στην αρχή κάθε χρόνου.

4. Σκελετοί γυαλιών χορηγούνται κάθε δύο χρόνια το νωρίτερο, ενώ φακοί είναι δυνατόν να χορηγούνται και πριν περάσουν δύο χρόνια, αν διαπιστωθεί μεταβολή στην όραση του ασφαλισμένου.

5. Ειδικά, σε παιδιά ασφαλισμένων, και μέχρι να συμπληρώσουν τα δώδεκα (12) χρόνια τους χορηγούνται σκελετοί γυαλιών με φακούς ασφαλείας (άθραυστα).

6. Στους ασφαλισμένους από ηλικίας 18 χρονών και μετά που έχουν ανάγκη φακών από εξ (6) διοπτρίες (βαθμούς) και πάνω, για την αποκατάσταση της όρασής τους, χορηγούνται φακοί επαφής κάθε τρία χρόνια. Στις περιπτώσεις ανισομετρωπίας πάνω από τρεις (3) διοπτρίες, κερατόκωνου και μετεγχειριτικής αφακίας, χορηγούνται φακοί επαφής κάθε δύο (2) χρόνια και ανεξάρτητα από την ηλικία του ασφαλισμένου.

7. Για την προμήθεια γυαλιών ή φακών σύμφωνα με τα παραπάνω, η Υπηρεσία του Ταμείου εκδίδει σχετική διαταχτική, αντίγραφο της οποίας τοποθετείται στο φάκελο του ασφαλισμένου.

Ο ασφαλισμένος διαλέγει το ειδικό κατάστημα που προτιμάει.

8. Το Ταμείο δεν καλύπτει τη δαπάνη επισκευής γυαλιών».

Άρθρο 15

Οι διατάξεις του άρθρου 23, όπως συμπληρώθηκε με το Β.Δ. 3-4/8.5.57 (ΦΕΚ 77/57Α'), αντικαθίστανται ως εξής:

«ΑΡΘΡΟ 23

ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

1. Η προληπτική ιατρική που παρέχει το Ταμείο περιλαμβάνει εξετάσεις και δοκιμασίες (TESTS) για την έγκαιρη διάγνωση, την αναζήτηση και τον έλεγχο διαφόρων νοσηρών καταστάσεων ή παθήσεων των ασφαλισμένων και τη λήψη μέτρων για την πρόληψη της εκδήλωσης ή την αποτροπή της μετάδοσής τους, σύμφωνα με τα ακόλουθα, που παρατίθενται ενδεικτικά:

Εξετάσεις, δοκιμασίες (TESTS) και εμβολιασμοί:

α. Εξετάσεις, σε ειδικό κέντρο μαστού και μαστογραφία όπου ενδείκνυται.

β. Εξετάσεις για διάγνωση αμιγούς σεξουαλικής ανεπάρκειας.

γ. Εξετάσεις για διάγνωση πρωτοπαθούς στείρωσης όταν οφείλεται σε ορμονική ανεπάρκεια και όχι σε απόφραξη.

δ. TEST κατά Παπανικολάου (PAP TEST).

ε. TEST κύησης.

στ. TEST για καθορισμό ομάδας αίματος και RHESUS.

ζ. TEST αίματος για αναζήτηση δεικτών ηπατίτιδας.

η. Αλλεργικά TESTS.

θ. TESTS αίματος κατά WASSERMANN και KAHN.

ι. TEST αίματος για αναζήτηση επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS).

ια. Έλεγχος για μεσογειακή αναιμία, δρεπανοκυτταρική αναιμία και άλλες συγγενείς αναιμίες (αναζήτηση πασχόντων ή φορέων).

ιβ. Αντιγριπικοί ή άλλοι εμβολιασμοί.

2. Η διαδικασία και οι όροι εφαρμογής καθώς και η περιοδικότητα παροχής της προληπτικής ιατρικής ορίζονται με απόφαση του Δ.Σ., ύστερα από γνώμη της Υγειονομικής Επιτροπής».

Άρθρο 16

Οι διατάξεις του άρθρου 24 αντικαθίστανται ως εξής:

«ΑΡΘΡΟ 24

ΛΟΥΤΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑ, ΠΟΣΙΘΕΡΑΠΕΙΑ, ΑΕΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.

Α. Λουτροθεραπεία.

1. Η Λουτροθεραπεία που χορηγεί το Ταμείο περιλαμβάνει ιαματικά λουτρά σε αναγνωρισμένες λουτροπηγές κάθε φύσης.

2. Η παροχή λουτροθεραπείας επιτρέπεται μόνο όταν είναι αναγκαία για τη θεραπεία του ασθενή ύστερα από μη επιτυχημένη εφαρμογή άλλων θεραπευτικών αγωγών και ιδιαίτερα για την αποκατάσταση της επαγγελματικής τους ικανότητας.

3. Λουτροθεραπεία χορηγείται, με τους όρους των προηγούμενων παραγράφων, στις περιπτώσεις που αναφέρονται παρακάτω ενδεικτικά.

α) Σε καταστάσεις στο στάδιο θεραπείας έπειτα από πρόσφατα κατάγματα μεγάλων ή μικρών οστών, εφόσον απ' τη βλάβη των τελευταίων δυσχολεύεται η άσκηση της βιοποριστικής απασχόλησης του παθόντα και σε κάθε περίπτωση όχι πέρα της διετίας από την ημερομηνία του κατάγματος.

β) Σε μετατραυματικές πρόσφατες αγκυλώσεις μεγάλων αρθρώσεων ή τέτοιων μικρών που δυσκολεύουν τη συνέχιση της επαγγελματικής απασχόλησης του παθόντα.

γ) Σε μετατραυματικές έντονες νευραλγίες και νευρίτιδες μεγάλων στελεχών.

δ) Σε μετατραυματικές έντονες μυικές ατροφίες.

ε) Σε πρόσφατους οξείς ρευματισμούς στο στάδιο της υποχώρησης, που βεβαιώθηκαν ή σε Νοσοκομείο ή στο σπίτι από ιατρικό συμβούλιο με συμμετοχή του ελεγκτή γιατρού.

στ) Σε χρόνιους ρευματισμούς σε παροξυσμό που υποβάλλονται σε ιατρική θεραπεία η οποία φαίνεται από το βιβλιάριο ασθένειας και βεβαιώνεται από τον ελεγκτή γιατρό.

ζ) Σε σπονδυλοαρθρίτιδες, αγκυλωτικές και παραμορφωτικές αρθρίτιδες που είναι εξακριβωμένες κλινικά και εργαστηριακά.

η) Σε δερματικά νοσήματα (εκζέματα κ.λπ.).

θ) Σε άλλες σοβαρές ειδικές περιπτώσεις που η Υγειονομική Επιτροπή κρίνει ότι έχουν απόλυτη ανάγκη λουτροθεραπείας.

4. Ο αριθμός των ιαματικών λουτρών που εγκρίνονται κάθε χρόνο και για την ίδια νοσηλευτική περίπτωση δεν μπορεί να είναι μεγαλύτερος από δέκα πέντε (15).

Β. Ποσιθεραπεία.

1. Ποσιθεραπεία που χορηγεί το Ταμείο περιλαμβάνει πόσεις ιαματικού νερού από κατάλληλες πηγές.

2. Η παροχή ποσιθεραπείας επιτρέπεται μόνο όταν είναι αναγκαία για τη θεραπεία ή ανακούφιση του ασθενή ύστερα από μη επιτυχημένη εφαρμογή άλλων θεραπευτικών αγωγών.

3. Ποσιθεραπεία χορηγείται με τους όρους των προηγούμενων παραγράφων στις περιπτώσεις που αναφέρονται παρακάτω ενδεικτικά.

α) Σε χολολιθίαση ή νεφρολιθίαση που διαπιστώθηκαν ακτινογραφικά.

β) Σε χολολιθίαση ή νεφρολιθίαση που η χειρούργησή τους άφησε λειτουργικές ανωμαλίες.

γ) Σε φαμμίαση με υποτροπιάζοντες κωλικούς.

δ) Σε συγγενείς διαμαρτίες (ανωμαλίες) του ουροποιητικού συστήματος.

ε) Σε άλλες σοβαρές ειδικές περιπτώσεις που η Υγειονομική Επιτροπή κρίνει ότι έχουν απόλυτη ανάγκη Ποσιθεραπείας.

Γ. Αεροθεραπεία.

1. Η αεροθεραπεία που χορηγεί το Ταμείο περιλαμβάνει την παροχή των μέσων για τη διαμονή του ασθενή σε περιβάλλον με κατάλληλες κλιματολογικές συνθήκες.

2. Η παροχή αεροθεραπείας επιτρέπεται μόνο όταν είναι αναγκαία για τη βελτίωση της λειτουργίας του αναπνευστικού συστήματος.

3. Αεροθεραπεία χορηγείται με τους όρους των προηγουμένων παραγράφων σε όσους πάσχουν από φυματίωση, καρκίνο (CA) των πνευμόνων και από πνευμονοκονίαση καθώς επίσης και στους νεφροπαθείς ασφαλισμένους και συνταξιούχους, σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 1 του Α.Ν. 124/67, 14 του Ν. 1066/80 και 12 του Ν. 1276/82.

Δ. Επιδόματα

1. Το Ταμείο για την εφαρμογή των θεραπειών που αναφέρονται στις Α, Β και Γ περιόδους αυτού του άρθρου παρέχει επιδόματα, μία φορά κατ' έτος, το ύψος των οποίων δεν μπορεί να υπερβαίνει το 2πλάσιο του επιδόματος αεροθεραπείας, όπως αυτό καθορίζεται για το ΙΚΑ κάθε χρόνο.

2. Τα επιδόματα αυτού του άρθρου χορηγούνται με έγκριση της Υγειονομικής Επιτροπής και ύστερα από εισήγηση του Αρχίατρου. Στην εισήγηση αυτή γράφονται η πάθηση, η αδυναμία εφαρμογής ή η αναποτελεσματικότητα άλλης θεραπευτικής αγωγής και οι λόγοι που επιβάλλουν την ανάγκη εφαρμογής μιας από τις παραπάνω θεραπείες καθώς και τους όρους εφαρμογής της.

3. Η υποβολή των αιτήσεων για τη χορήγηση των επιδομάτων αρχίζει την 1η Απριλίου και τελειώνει την 31 Ιουλίου κάθε χρόνου. Έκτακτες περιπτώσεις αντιμετωπίζονται με ειδικά αιτιολογημένη απόφαση του Δ.Σ. και ύστερα από σχετική εισήγηση της Υγειονομικής Επιτροπής.

4. Οι αιτήσεις πρέπει απαραίτητα να συνοδεύονται από γνωμάτευση ειδικού, για την πάθηση, γιατρού ή από Βεβαίωση Κρατικού Νοσοκομείου όπου αναγράφεται η θεραπεία που συνιστάται καθώς και ο τρόπος και η διάρκεια εφαρμογής της. Πάντως η Υγειονομική Επιτροπή έχει τη δυνατότητα να ζητήσει πρόσθετα στοιχεία ή να χρησιμοποιήσει οποιοδήποτε τρόπο ή μέσα που, κατά την κρίση της, είναι πρόσφορα προκειμένου να διαπιστώσει την ανάγκη εφαρμογής της αιτούμενης θεραπείας.

5. Σε περίπτωση απορριπτικής απόφασης, οι ενδιαφερόμενοι δικαιούνται μέσα σε προθεσμία είκοσι (20) ημερών από την ημερομηνία της συνεδρίασης της Υγειονομικής Επιτροπής, να ζητήσουν την επανεξέταση της αίτησής τους, με την απαραίτητη προϋπόθεση ότι θα προσκομίσουν πρόσθετα δικαιολογητικά, πάντοτε όμως για την ίδια πάθηση.

6. Ο τρόπος και τα μέσα παρακολούθησης από το Ταμείο της πρέπουσας εφαρμογής των παραπάνω θεραπειών ορίζονται με απόφαση του Δ.Σ.

7. Τα επιδόματα αυτού του άρθρου καταβάλλονται αδιάφορα από άλλες χρηματικές παροχές που, ενδεχόμενα, χορηγεί το Ταμείο ή από αντιμισθία του εργοδότη.

8. Σε καμιά περίπτωση η έγκριση της Υγειονομικής Επιτροπής για την εφαρμογή μιας από τις παραπάνω θεραπείες και η χορήγηση του σχετικού επιδόματος, δεν συνεπάγεται άδεια απουσίας από την εργασία».

Άρθρο 17

Οι διατάξεις του άρθρου 25, όπως τροποποιήθηκαν με το από 16.4.57 Β.Δ/γμα (ΦΕΚ 83 τ.Α) αντικαθίστανται ως εξής:

«ΑΡΘΡΟ 25

ΕΠΙΔΟΜΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

1. Αν ο άμεσα ασφαλισμένος γίνει ανίκανος για εργασία εξαιτίας ασθένειας, που δεν οφείλεται σε δόλο του ίδιου και που έχει σαν συνέπεια να απέχει απ' τη δουλειά του, δικαιούται επίδομα ασθένειας.

2. Το επίδομα ασθένειας καταβάλλεται μόνο για ανικανότητα που παρατείνεται πέρα από τρεις μέρες από την τέταρτη μέρα της αναγγελίας της στο Ταμείο και εφόσον διαρκεί το περισσότερο μέχρι 180 μέρες, στο σύνολό της, μέσα στο τελευταίο 12μηνο, από τη συμπλήρωση του παραπάνω αριθμού ημερών, και εξαιτίας οποιασδήποτε ασθένειας.

3. Σε ιδιαίτερα σοβαρές παθήσεις, συνέπεια των οποίων είναι η συνέχιση της ανικανότητας για εργασία πέρα από το πιο πάνω διάστημα, το Δ.Σ. έχει τη δυνατότητα, ύστερα από γνώμη της Υγειονομικής Επιτροπής, να παρατείνει την περίοδο επιδότησης μέχρι 180 ακόμη μέρες.

4. Προκειμένου οι περιπτώσεις αυτές να εισαχθούν στην Υγειονομική Επιτροπή, απαραίτητη είναι η βεβαίωση της πάθησης με ειδική πράξη του Διευθυντή της Κλινικής και του διοικητικού Διευθυντή Κρατικού Νοσοκομείου (Διοικητική Πράξη).

5. Αν, στην περίπτωση ασφαλισμένου που συμπλήρωσε το χρονικό διάστημα επιδότησης των 180 ημερών της παρ. 2, μεσολαβήσει σύντομη περίοδος ικανότητας, για να χορηγηθεί εκ νέου επίδομα ασθένειας για ανικανότητα που είναι συνέπεια της ίδιας ή οποιασδήποτε άλλης πάθησης, ακολουθείται η εγκριτική διαδικασία της παρ. 3 και απαιτείται η προσκόμιση της Βεβαίωσης (Διοικητική Πράξη) της παρ. 4 αυτού του άρθρου.

6. Το ποσό του επιδόματος ασθένειας ορίζεται ίσο με τα 60% του βασικού μισθού, όπως διαμορφώνεται με την Α.Τ.Α. ή οποιοδήποτε άλλο σύστημα αναπροσαρμογής και με το επίδομα για πολυετή υπηρεσία του ασφαλισμένου και του παρέχεται και για τις μη εργάσιμες μέρες. Το παραπάνω βασικό επίδομα προσαυξάνεται κατά 5% για κάθε προστατευόμενο μέλος οικογένειας απ' αυτά που αναφέρονται στο άρθρο 4 και μέχρι τρία το πολύ μέλη.

7. Όποιος νοσηλεύεται με δαπάνες του Ταμείου σε κάθε είδους θεραπευτήρια, κλινικές, νοσοκομεία, σανατόρια και αναρρωτήρια, δικαιούται τα 2/3 του επιδόματος ασθένειας, εφόσον συντηρεί μέλη οικογένειας σύμφωνα με το άρθρο 4, και το ⅓ αυτού, αν δεν βαρύνεται με οποιοδήποτε τρόπο με συντήρηση μελών οικογένειας.

8. Εφόσον ο ασφαλισμένος παίρνει αντιμισθία από τον εργοδότη όσο διαρκεί η αποχή του απ' τη δουλειά εξαιτίας της ασθένειας, το ποσό του επιδόματος μειώνεται έτσι ώστε το σύνολο της αντιμισθίας και του επιδόματος ασθένειας να μην είναι μεγαλύτερο απ' την αντιμισθία που καταβαλλόταν στον ασφαλισμένο πριν απ' την εκδήλωση της ανικανότητας.

9. Μέρες ανικανότητας για τις οποίες το Ταμείο δεν καταβάλλει το επίδομα στον ασφαλισμένο, γιατί αυτός παίρνει ολόκληρη την αντιμισθία του από τον εργοδότη, δεν συνυπολογίζονται στις πιο πάνω 180 ή μέχρι 360 μέρες επιδότησης.

10. Η διαπίστωση της ανικανότητας του ασφαλισμένου για εργασία γίνεται από το θεράποντα γιατρό και εγκρίνεται απ' τον Αρχίατρο του Ταμείου. Ειδικότερα, σε περίπτωση που η ανικανότητα παρατείνεται πέρα των είκοσι (20) ημερών, το Ταμείο έχει τη δυνατότητα να παραπέμψει τον ασφαλισμένα στην Υγειονομική Επιτροπή, με εισήγηση του Αρχίατρου».

Άρθρο 18

Οι διατάξεις του άρθρου 26 αντικαθίστανται ως εξής:

«ΑΡΘΡΟ 26

ΕΠΙΔΟΜΑ ΚΥΟΦΟΡΙΑΣ, ΛΟΧΕΙΑΣ, ΘΗΛΑΣΜΟΥ

1. Στις ασφαλισμένες, από ίδιο δικαίωμα, που απέχουν από την εργασία τους με άδεια μητρότητας (κυοφορίας και λοχείας), παρέχεται από το Ταμείο επίδομα, που είναι ίσο με το ποσό του επιδόματος ασθένειας, όπως καθορίζεται στην παρ. 6 του άρθρου 25 και για χρονικό διάστημα 49 ημερών πριν (επίδομα κυοφορίας) και 49 ημερών μετά τον τοκετό (επίδομα λοχείας).

2. Το επίδομα μητρότητας χορηγείται με την προσκόμιση ιατρικού πιστοποιητικού, που να βεβαιώνει την πιθανή ημερομηνία τοκετού,

ύστερα από έγκριση του Αρχίατρου και η καταβολή του αρχίζει πάντοτε από την ημερομηνία που η ασφαλισμένη χάνει χρήση της άδειας μητρότητας.

3. Η διάταξη της παρ. 8 του προηγούμενου άρθρου εφαρμόζεται ανάλογα και στην περίπτωση χορήγησης του επιδόματος μητρότητας.

4. Σε άμεσα ασφαλισμένες του Ταμείου χορηγείται σε περίπτωση τοκετού, επίδομα θηλασμού εφόσον το νεογέννητο βρίσκεται στη ζωή και για όσο χρονικό διάστημα χορηγείται το επίδομα λοχείας.

Το ποσό του επιδόματος αυτού δεν μπορεί να είναι ανώτερο από το 5πλάσιο του ημερομίσθιου ανειδίκευτου εργάτη, όπως αυτό ισχύει στην αρχή κάθε χρόνου».

Άρθρο 19

Οι διατάξεις του άρθρου 27 αντικαθίστανται ως εξής:

«ΑΡΘΡΟ 27

ΔΑΠΑΝΕΣ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗΣ

Α. Στο εσωτερικό.

1. Αν στον τόπο που μένει ο ασθενής δεν είναι δυνατή η παροχή της πρέπουσας υγειονομικής περίθαλψης για την ασθένειά του, το Ταμείο καταβάλλει τις δαπάνες μετάβασης, παραμονής και επιστροφής του ασθενή, και σε ανάγκη και του συνοδού του, απ' τον τόπο της διαμονής στο κοντινότερο κέντρο, όπου είναι δυνατή η παροχή της πρέπουσας, για την περίπτωση, υγειονομικής περίθαλψης.

2. Την ανάγκη μετακίνησης του ασθενή και της συνόδευσής του εγκρίνει ο Αρχίατρος του Ταμείου, ύστερα από πρόταση του θεράποντος γιατρού και βεβαίωση, υπογραφόμενη από τον επιστημονικό και το διοικητικό Διευθυντή του Κρατικού Νοσοκομείου του Νομού, απ' την οποία να φαίνεται ότι δεν είναι δυνατή εκεί η διάγνωση ή η θεραπεία της πάθησης.

3. Τα έξοδα μετάβασης και επιστροφής του ασθενή και του συνοδού του, από τον τόπο της διαμονής τους στον τόπο της περίθαλψης, υπολογίζονται με βάση εισιτήριο Β' θέσης τραίνου ή πλοίου ή το εισιτήριο για τα άλλα μέσα συγκοινωνίας.

4. Για να αντιμετωπιστούν ιδιαίτερα εξαιρετικές και κατεπείγουσες περιπτώσεις, μπορεί να εγκριθεί από τον Αρχίατρο ή τον ελεγκτή γιατρό του Ταμείου ύστερα από γνωμάτευση του θεράποντος γιατρού, η μετακίνηση του ασθενή ασφαλισμένου και του συνοδού του και με άλλα μεταφορικά μέσα, όπως ασθενοφόρο αυτοκίνητο, αεροπλάνο ή ελικόπτερο.

5. Στις κατεπείγουσες περιπτώσεις η έγκριση του Αρχίατρου είναι δυνατό να δίνεται και μετά τη μετακίνηση, πάντα όμως με τις προϋποθέσεις της παρ. 2 του άρθρου αυτού.

6. Για τη μετακίνηση παιδιών ηλικίας μέχρι δώδεκα (12) ετών, λογίζεται πάντα αναγκαία η παρακολούθησή τους από συνοδό.

7. Έξοδα μετακίνησης και παραμονής καταβάλλονται από το Ταμείο και στην περίπτωση, που ασφαλισμένος καλείται να εξεταστεί από την Υγειονομική Επιτροπή.

8. Για την αντιμετώπιση των εξόδων παραμονής του συνοδού και του πάσχοντα ασφαλισμένου, εκτός θεραπευτηρίου, το Ταμείο καταβάλλει ημερήσιο ποσό, το οποίο δεν μπορεί να υπερβαίνει το τριπλάσιο του ημερομίσθιου ανειδίκευτου εργάτη, όπως ισχύει στην αρχή κάθε χρόνου. Έξοδα διατροφής δεν καλύπτονται από το Ταμείο σε καμιά περίπτωση μετακίνησης στο εσωτερικό.

Β. Στο εξωτερικό.

1. Στις περιπτώσεις μετακίνησης ασφαλισμένων για νοσηλεία στο εξωτερικό με τις προϋποθέσεις α) της παρ. 1 του Κεφ. Β' του άρθρου 18 και β) της παρ. 4 του ίδιου άρθρου το Ταμείο καλύπτει, σε ποσοστό μέχρι 80% και 100% αντίστοιχα τις δαπάνες:

αα. Μετάβασης και επιστροφής του πάσχοντα, του συνοδού του και του τυχόν δότη, με βάση εισιτήριο Β' θέσης τραίνου ή πλοίου, ή τουριστικής θέσης αεροπλάνου.

ββ. Διαμονής του πάσχοντα, του συνοδού του και του τυχόν δότη σε ξενοδοχείο Β' κατηγορίας.

γγ. Διατροφής του πάσχοντα –εκτός θεραπευτηρίου– του συνοδού του και του τυχόν δότη.

2. Ειδικά για την αντιμετώπιση των δαπανών διατροφής των προσώπων του εδ. γγ της προηγούμενης παραγράφου το Ταμείο καταβάλλει ημερήσιο ποσό δραχμών, το ύψος του οποίου δεν μπορεί να είναι ανώτερο από το διπλάσιο του ημερομίσθιου ανειδίκευτου εργάτη, όπως αυτό ισχύει στην αρχή κάθε χρόνου.

3. Το Ταμείο δεν καταβάλλει ούτε συμμετέχει στις δαπάνες μετακίνησης, όπως προσδιορίζονται στις παρ. 1 και 2 της Β' περιόδου του άρθρου αυτού, στην περίπτωση του άρθρου 18 παρ. 2 Κεφ. Β'».

Άρθρο 20

Οι διατάξεις του άρθρου 28 αντικαθίστανται ως εξής:

«ΑΡΘΡΟ 28

ΕΞΟΔΑ ΚΗΔΕΙΑΣ

1. Σε περίπτωση θανάτου ασφαλισμένου χορηγείται εφάπαξ βοήθημα για την αντιμετώπιση των εξόδων κηδείας του, το ποσό του οποίου δεν μπορεί να υπερβεί το 50πλάσιο του ημερομίσθιου ανειδίκευτου εργάτη, όπως αυτό ισχύει στην αρχή κάθε χρόνου.

2. Το βοήθημα για τα έξοδα κηδείας καταβάλλεται σε κείνον που υποβάλλει τα σχετικά δικαιολογητικά εφόσον προκύπτει ότι είναι αυτός που φρόντισε για την κηδεία του ασφαλισμένου.

3. Το παραπάνω βοήθημα καταβάλλεται ανεξάρτητα από το ύψος του ποσού των δαπανών, που πραγματοποιήθηκαν για την κηδεία. Αν η προσκόμιση δικαιολογητικών δαπανών είναι αδύνατη (κηδεία σε χωριό κ.λπ.), το Δ.Σ. έχει τη δυνατότητα να ζητήσει την προσκόμιση αποδεικτικών στοιχείων, που να είναι θεωρημένα από την επιτόπια αστυνομική ή κοινοτική ή εκκλησιαστική Αρχή.

4. Αν ο θάνατος του ασφαλισμένου συμβεί στο εξωτερικό, καταβάλλονται και τα έξοδα ταρίχευσης και μεταφοράς του σορού, με την προσκόμιση, σε επίσημη μετάφραση, των σχετικών παραστατικών, που πρέπει να είναι θεωρημένα απ' την αρμόδια Ελληνική Προξενική Αρχή ή από την αρμόδια Αστυνομική ή άλλη Δημόσια Αρχή».

Άρθρο 21

Οι διατάξεις του άρθρου 29 αντικαθίστανται ως εξής:

«ΑΡΘΡΟ 29

ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΙΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

1. Ο ασφαλισμένος συμμετέχει στις δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης καταβάλλοντας τα παρακάτω ποσοστά:

α) 5% στη δαπάνη παροχής ιατρικής αντίληψης.

β) 10% στη δαπάνη αγοράς φαρμάκων.

γ) 10% στη δαπάνη αγοράς γυαλιών, προθέσεων και θεραπευτικών μέσων.

δ) 20% για τεχνητά δόντια.

2. Ο ασφαλισμένος δεν συμμετέχει στις δαπάνες περίθαλψης των παρακάτω περιπτώσεων.

α) Σε ατύχημα από βίαιο γεγονός που συνέβηκε στην εργασία ή με αφορμή την εργασία.

β) Σε καρκινοπαθείς, που υποβάλλονται σε θεραπεία με ακτινοβολίες, χημειοθεραπεία, μεταγγίσεις κ.λπ.

γ) Σε εξετάσεις κάθε φύσης από την Υγειονομική Επιτροπή του Ταμείου.

δ) Κατά τη διάρκεια νοσηλείας του ασφαλισμένου με δαπάνες του Ταμείου.

ε) Για θεραπευτικές επισκέψεις σε οδοντογιατρό, με εξαίρεση την τοποθέτηση τεχνητών δοντιών, που ισχύει το ποσοστό συμμετοχής του εδ. β' της παραγράφου 1 αυτού του άρθρου.

στ) Για εξετάσεις και θεραπεία παιδιών ασφαλισμένων, τα οποία υποφέρουν από μεσογειακή αναιμία, δρεπανοκυτταρική αναιμία και άλλες συγγενείς αναιμίες καθώς και από υποφυσιογενή νανισμό.

ζ) Για συντηρητική αγωγή διαβητικών με ινσουλίνη. Όταν αυτή γίνεται στο σπίτι, εκτός από τη χορήγηση της ινσουλίνης καταβάλλεται και δαπάνη των συρίγγων και των TESTS.

η) Για εξετάσεις και θεραπεία νεφροπαθών.

θ) Για εξετάσεις και θεραπεία αιμορροφιλικών.

ι) Για θεραπευτική ή συντηρητική αγωγή ασφαλισμένων που πάσχουν από τα νοσήματα φαινυλκετονουρίας και κοιλιοκάκης ή από άλλες παθήσεις της ίδιας ή παρόμοιας φύσης και σοβαρότητας».

Άρθρο 22

Οι διατάξεις του άρθρου 30, όπως τροποποιήθηκαν με το Β.Δ. 240/62 (ΦΕΚ 60 τ. Α) αντικαθίστανται ως εξής:

«ΑΡΘΡΟ 30

ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ - ΒΙΒΛΙΑΡΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

1. Στις παροχές του Κλάδου Ασθένειας του Ταμείου έχουν δικαίωμα οι ασφαλισμένοι μόλις συμπληρώσουν τρεις μήνες υπαγωγής στην ασφάλιση αυτού, για όσο χρόνο έχουν την ιδιότητα του ασφαλισμένου και για έξι μήνες μετά την αποβολή της και οι συνταξιούχοι ασφαλισμένοι για όσο χρόνο διατηρούν την ιδιότητα του συνταξιούχου και για έξι μήνες μετά τη διακοπή της σύνταξης.

2. Τα μέλη οικογένειας ασφαλισμένων έχουν δικαίωμα στις πιο πάνω παροχές σύμφωνα με τα παρακάτω και εφόσον ο άμεσα ασφαλισμένος συμπληρώνει τις προϋποθέσεις της προηγούμενης παραγράφου.

α. Η σύζυγος ή ο σύζυγος, από την προσκόμιση της ληξιαρχικής πράξης του γάμου.

β. Τα παιδιά, από την ημερομηνία γέννησής τους ή από την ημερομηνία προσκόμισης της σχετικής Πράξης ή δικαστικής Απόφασης για τη νομιμοποίησή τους, αναγνώρισή τους ή υιοθεσία τους και στην περίπτωση προγονών, από την ημερομηνία υποβολής της αίτησης για την υπαγωγή τους στην ασφάλιση.

γ. Τα λοιπά προστατευόμενα μέλη, τρεις (3) μήνες μετά την ημερομηνία υποβολής της αίτησης για την υπαγωγή τους στην ασφάλιση.

3. Τα προστατευόμενα μέλη, όπως αυτά ορίζονται στο άρθρο 4 του καταστατικού αυτού, διατηρούν το δικαίωμά τους για παροχές και όταν ο άμεσα ασφαλισμένος αποβάλει την ιδιότητά του αυτή, για έξι (6) μήνες εκείνα για τα οποία δεν καταβάλλεται πρόσθετη εισφορά και για τρεις (3) μήνες εκείνα για τα οποία καταβάλλεται πρόσθετη εισφορά.

4. Στην περίπτωση που ο άμεσα ασφαλισμένος στρατευτεί, η ασφάλιση των προστατευόμενων μελών της οικογενείας του συνεχίζεται και για όσο χρόνο διαρκεί η στράτευσή του, ανεξάρτητα αν ο τελευταίος παίρνει ή όχι ολόκληρες ή μέρος από τις αποδοχές του ή ειδικά επιδόματα που, ενδεχόμενα, του χορηγούνται σαν αντιμισθία από άλλη πηγή.

5. Την ασφαλιστική ικανότητα για κάλυψη κινδύνων ασθένειας, αποδεικνύει ειδικό βιβλιάριο με το οποίο εφοδιάζονται όσοι δικαιούνται παροχές από το Ταμείο.

Ο τύπος του βιβλιαρίου ασθένειας καθορίζεται με απόφαση του Δ.Σ. και μπορεί να είναι διαφορετικός για τους ασφαλισμένους υπαλλήλους της Τράπεζας, τους συνταξιούχους και τα μέλη της οικογένειάς τους».

Άρθρο 23

Οι διατάξεις του άρθρου 31, όπως τροποποιήθηκαν με την 105302/6169/15.9.67 απόφαση του Αντιπροέδρου της Κυβέρνησης και των Υπουργών Οικονομικών και Εργασίας, αντικαθίστανται ως εξής:

«ΑΡΘΡΟ 31

ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

1. Η Υγειονομική Επιτροπή αποτελείται από:

α) Τον Αρχίατρο του Ταμείου ως Πρόεδρο, με αναπληρωτή αυτού ιατρό του Ταμείου, που ορίζεται με απόφαση του Δ.Σ.

β) Δύο γιατρούς που ορίζονται από το Δ.Σ. του Ταμείου.

Χρέη εισηγητού στην Υγειονομική Επιτροπή εκτελεί ο Δ/ντής του Ταμείου ή ο αναπληρωτής του.

2. Στην Υγειονομική Επιτροπή συμμετέχει χωρίς ψήφο όταν κρίνεται αναγκαίο και ένας γιατρός της πάθησης του ασθενή, που προτείνεται από τον τελευταίο ή τον Πρόεδρο της Επιτροπής».

Άρθρο 24

Οι διατάξεις του άρθρου 32, όπως τροποποιήθηκαν με το από 11.12.56 Β. Δ/γμα (ΦΕΚ 7/57 τ.Α'), αντικαθίστανται ως εξής:

«ΑΡΘΡΟ 32

1. Για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης στους ασφαλισμένους των περιφερειών των επαρχιακών υποκαταστημάτων της Τράπεζας εφαρμόζονται όλες οι διατάξεις του παρόντος.

2. Η συγκέντρωση των δικαιολογητικών για τις δαπάνες και των άλλων παραστατικών στοιχείων, που έχουν σχέση με την υγειονομική περίθαλψη των ασφαλισμένων που αναφέρονται στην προηγούμενη παράγραφο, και στη συνέχεια η υποβολή τους στο Ταμείο, γίνεται από υπάλληλο του επαρχιακού υποκαταστήματος, ο οποίος ορίζεται με απόφαση του Δ.Σ. του Ταμείου, με την οποία καθορίζεται επίσης και το ποσόν της αποζημίωσής του για την απασχόλησή του αυτή, που δεν μπορεί όμως να είναι μεγαλύτερο από το 20% του μισθού του. Ο υπάλληλος αυτός χάνει την πιο πάνω εργασία σύμφωνα με τις οδηγίες του Διευθυντή του Ταμείου».

Άρθρο 25

Η ισχύς των διατάξεων του παρόντος αρχίζει από την 1η του επόμενου μήνα από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Στον Υφυπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, αναθέτουμε τη δημοσίευση και εκτέλεση του παρόντος διατάγματος.

Αθήνα, 13 Μαΐου 1988

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΧΡΗΣΤΟΣ ΑΝΤ. ΣΑΡΤΖΕΤΑΚΗΣ

Ο ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΣ

ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΡΙΖΟΓΙΑΝΝΗΣ

ΑΠΟ ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟ